

425

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 15 Juillet 1896, à 1 heure

Par MARIE SAMOUILOVITCH

Née à Gloukhov (Russie), le 11/23 mai 1870.

DE

LA GAMPSODACTYLIE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Professeur : M. RECLUS.

Agrégés : M.M. } TUFFIER.
 } WALTHER.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552428_0017

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 15 Juillet 1896, à 1 heure

Par MARIE SAMOUILOVITCH

Née à Gloukhov (Russie), le 11/23 mai 1870.

DE

LA GAMPESODACTYLIE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Professeur : M. RECLUS.

*Agrégés : MM. { TUFFIER.
WALTHER.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	N....
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	STRAUS.
	SÉE (G.)
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeur honoraire:

M. PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GILBERT.	MENETRIER.	THIERRY.
ALBARRAN.	GILLES DE LA TOURETTE.	NELATON.	THOINOT.
ANDRÉ.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BAR.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
BONNAIRE.	HEIM.	travaux anatomi-	WALTER.
BROCA.	LEJARS.	ques.	WEISS.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	REITTERER.	WIDAL.
CHARRIN.	MARFAN.	RICARD.	WURTZ.
DELBET.	MARIE.	ROGER.	
GAUCHER.	MAYGRIER.	SEBILLEAU.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE ET DE MON PÈRE

A MES SŒURS ET FRÈRES

A MES AMIS

A MA MEILLEURE AMIE

MADemoiselle MARthe FRANCILLON

A MONSIEUR LE DOCTEUR RECLUS,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Chirurgien de l'Hôpital La Pitié,
Membre de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX,

Professeur de Clinique chirurgicale,
Chirurgien de l'Hôpital de la Charité,
Membre de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur.

PRÉFACE

*Es giebt nichts was nicht
schon einmal gedacht worden
ist ; die Kunst besteht darin,
es noch einmal zu denken.*

GOETHE.

En choisissant pour sujet de thèse cette déformation particulière des orteils qui consiste en une sorte de leur redressement, nous n'avons pas pensé faire quelque chose de nouveau ; nous avons seulement cherché à attirer l'attention sur une affection qui se voit assez souvent et qui n'a pas été spécialement décrite par les auteurs.

Nous appelons cette déformation : — Gampsodactylie, des mots grecs : γαμπός crochu, recourbé et δάκτυλος orteil.

Si nous osons créer un terme nouveau c'est parce que les choses qui n'ont pas de nom sont vite oubliées. Nous aurions préféré un mot français, mais le seul terme existant qui correspondrait à cette déformation, *la griffe des orteils*, pourrait amener des confusions.

Nous avons examiné trois cents malades, et parmi eux 25 présentaient la déformation qui nous intéresse.

Cette affection est donc assez fréquente.

Aussi, dans ce petit travail venons-nous exposer les résultats de nos modestes observations et l'état actuel

de la question, avec la seule ambition de donner peut-être à nos excellents maîtres l'occasion d'un échange d'idées sur cette affection un peu délaissée, échange d'idées qui servirait à son éclaircissement et partant au soulagement de ceux qui en souffrent.

Déjà, M. Reclus qui a d'ailleurs nous inspiré cette thèse, a bien voulu nous donner là-dessus ses idées, et c'est en nous appuyant sur sa haute autorité et en nous éclairant de ses lumières que nous nous sommes hasardée dans ce petit coin peu exploré de la chirurgie.

Aussi, nous empressons-nous d'exprimer ici à cet excellent maître notre vive reconnaissance non seulement pour l'intérêt et la bienveillance qu'il nous a manifestés dans cette occasion, mais encore et surtout pour son enseignement large et fécond, pour ces matinées à la Pitié, où, entouré de ses nombreux élèves au lit du malade, par sa parole éloquente et spirituelle il provoquait le zèle, éveillait l'esprit, stimulait la pensée allumant le désir de travailler et de savoir.

Nous avons pu apprécier pendant notre stage dans son service toute l'efficacité de sa méthode et nous le remercions pour cette arme bienfaisante qu'il a mise entre nos mains.

Nous ne saurions oublier non plus la sollicitude que nous avons trouvée chez M. le docteur Faisans au début de nos études et qu'il n'a jamais cessé de nous témoigner.

Nous sommes heureuse d'avoir pu nous familiariser à son école avec l'art délicat d'auscultation et d'examen

clinique du malade, et nous lui adressons tous nos remerciements pour son excellent enseignement et pour l'intérêt qu'il nous a porté.

Nous adressons à un de nos maîtres les plus estimés, M. Brissaud, l'expression de notre profonde gratitude pour les avis et conseils qu'il a bien voulu nous donner au cours de ce travail.

Que M. le professeur Tillaux veuille bien recevoir l'expression de nos remerciements respectueux pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider notre thèse.

HISTORIQUE

Il ne nous a pas fallu remonter très loin dans l'Histoire de la Médecine pour rechercher les premières notions des déformations des orteils : pendant des siècles et des siècles les chirurgiens ne croyaient pas les affections du pied dignes de leur attention.

Le premier document bibliographique qui ait été écrit en France sur les maladies propres du pied signale l'incurie des hommes de science pour son hygiène et sa thérapeutique.

C'est le sieur Rousselot « Chirurgien de Monseigneur le Dauphin, des princes et des Mesdames » qui en 1769 publia un livre sous le titre « La toilette des pieds ». Rousselot se vante d'avoir tiré de l'oubli et de « l'avilissement » une partie qu'il regarde comme directement dépendante de la chirurgie.

Il blâme les chirurgiens qui ont dédaigné de s'occuper des orteils « comme s'ils étaient indignes de leur grade. »

Après Rousselot, c'est Laforest qui s'en occupa.

Il acheta à la veuve de Rousselot ses recettes, ses instruments, et en 1778, il fut honoré par Monsieur, frère du Roi, puis par le comte d'Artois, d'un Brevet

de Chirurgien pédicure attaché au service de leurs personnes. Deux ans après, le roi Louis XIV lui confia ses pieds souffrants.

Dans son livre *l'Art de soigner les pieds*, publié en 1782, Laforest se montre, ainsi que son prédécesseur Rousselot, « supérieur à l'humilité de son art. » Il étudie les orteils en physiologiste, fait à propos des cors, durillons, oignons, un peu d'anatomie pathologique et il en déduit une théorie hygiénique de la chaussure.

C'est Laforest qui a décrit le premier en France la déviation en dehors du gros orteil.

On n'y trouve pas d'indications sur la gampso-dactylie.

La plupart des auteurs qui ont suivi ne s'en occupent pas du tout; les autres la confondent souvent avec le martellement des orteils.

Ainsi, Boyer qui le premier parle de la rétraction des orteils, dit :

« Cette direction vicieuse d'un ou de plusieurs orteils n'est pas le résultat de la mauvaise conformation des os qui les constituent; elle dépend de la rétraction des muscles extenseurs, et se forme d'une manière lente et progressive ». Mais plus loin, Boyer confond cette rétraction avec le martellement des orteils en disant qu'il faut intervenir à temps avec la ténotomie pour ne pas laisser les os s'altérer et former ainsi l'orteil en marteau. Boyer rapporte même une observation (qu'on trouvera plus loin), où il s'agit bien des orteils rétractés et non en marteau.

Jarjavay, dans son *Anatomie*, admet la rétraction des muscles extenseurs communs des orteils et du pédieux.

Dans les *nouveaux éléments de pathologie médico-chirurgicale* de Roche, Sanson et Lenoir, ces auteurs parlent du redressement des orteils dû à l'excès de puissance des muscles extenseurs, une sorte de contracture dont les causes peuvent être : le rhumatisme, une inflammation chronique ou une affection nerveuse.

Dans une communication à la Société anatomique, en 1852 Broca dit que la déviation verticale des orteils a été décrite par Boyer ; elle est presque toujours accompagnée de petits durillons sur la face dorsale des phalanges ; elle est souvent héréditaire.

Duchenne (de Boulogne) a observé des cas assez nombreux de cette déformation ; il les décrit sous le nom de « griffe pied creux » qui est produit par une action exagérée et continue des extenseurs des orteils, consécutivement à la faiblesse ou à la paralysie de leurs antagonistes (interosseux, abducteur, adducteur et court fléchisseur du gros orteil).

Nélaton, en parlant de l'Hallux valgus, dit qu'il est accompagné souvent d'une rétraction des quatre orteils.

Dans sa thèse d'agrégation, Fort rapporte quelques cas de déviations congénitales des doigts-palmiers, dorsales et latérales ; on ne sent pas de brides. Fort suppose qu'il y a des altérations osseuses et fibreuses

analogues dans tous ces cas de déviations, les plus souvent doubles.

Ici encore il y a confusion du martellement des orteils et de leur rétraction.

Trélat en a vu quelques cas.

Annandale (1) dit qu'il y a des rétractions des orteils congénitales et acquises ; on ne s'en aperçoit pas à la naissance de l'enfant, mais cette rétraction s'accuse, elle tend à augmenter bien que ses progrès soient lents. La rétraction congénitale est souvent liée, d'après cet auteur, à d'autres anomalies, au pied-bot et à la polydactylie.

Nicoladoni (2), dans une leçon clinique à Innsbruck, rapporte quelques cas de rétraction congénitale des orteils et un autre cas, où la rétraction était acquise et survenue après une attaque de rhumatisme.

Voilà ce que nous trouvons dans le Dictionnaire de Jaccoud, article « Orthopédie » :

Le pied-bot équin présente souvent l'extension forcée de la première phalange du gros orteil avec flexion de la seconde.

A chaque contraction de l'extenseur propre on voit se reproduire une saillie de plus en plus forte de la tête du premier métatarsien, qui tend à s'enfoncer dans le sol. De là résulte une pression douloureuse qui rend la marche fort pénible pour le malade et qui oblige parfois le chirurgien à pratiquer la section du

(1) Annandale the Malform. of the fingers and toes.

(2) Nicoladoni Wien. Med. Wochenschr, 1881; p. 1417, 1452.

tendon de l'extenseur propre du gros orteil. C'est ce que ces auteurs ont fait chez une Américaine, adressée par Duchenne (de Boulogne).

Il est des cas où tous les orteils prennent cette forme recourbée en crochet, d'où il résulte une véritable apparence de griffe (1).

Dans le grand *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus on trouve seulement ces quelques lignes de M. Kirrison :

Les déviations des orteils peuvent être produites par des cicatrices ou sont dues soit à des influences mécaniques, soit à la simple rétraction tendineuse et ligamentaire (2).

M. le professeur Tillaux n'en parle pas dans son *Traité de Chirurgie clinique*. Voilà ce que nous trouvons dans son *Anatomie topographique* : « Il n'est pas rare d'observer le renversement, la déviation d'un orteil qui peut gêner la marche au point de nécessiter une désarticulation. Cette déformation est due généralement à l'usage des chaussures trop étroites ou trop courtes, mais peut reconnaître pour cause la rétraction d'un tendon » (3).

En 1893, M. le professeur Tillaux a fait une leçon sur le martellement des orteils (4), et le malade à propos

(1) Nouveau dictionnaire de médecine et de chir. Art. orthopédie, p. 146.

(2) *Traité de chir.* t. VIII, p. 1114.

(3) Tillaux. *Anat. top.*, p. 1113.

(4) *Union Méd.*, 11 novembre 1893.

duquel avait été fait cette clinique avait, d'après M. Thiery, une rétraction des orteils.

Dans la *Chirurgie du pied* de M. Blum, on trouve l'observation d'un jeune garçon de 19 ans, qui, à la suite d'une fatigue et d'un séjour dans l'eau, vit survenir une rétraction des extenseurs de tous les orteils, excepté le premier. Les tendons extenseurs faisaient fortement saillie sous la peau ; la flexion était presque impossible et provoquait des douleurs vives.

M. Brissaud dans ses *Cliniques sur les maladies nerveuses*, dit que dans la maladie de Friedreich les orteils, en général, et le gros orteil en particulier, sont en extension forcée. On voit la rétraction tendineuse aussi dans la maladie de Charcot et les myopathies.

En 1893, M. Chauvel a fait à la *Société de Chirurgie*, un rapport sur la cure radicale d'un gros orteil en marteau, en disant : « Il s'y ajoute un martellement du second orteil et une sorte de contracture des extenseurs et surtout de l'extenseur propre du gros orteil ». C'est alors que M. Reclus a rapporté l'observation d'un malade qui avait tous les orteils redressés, et ce redressement rendait la marche difficile. M. Reclus lui fit une ténotomie et le malade peut fournir à présent des marches prolongées. Depuis, M. Reclus a vu encore quelques cas de gampsodactylie.

DESCRIPTION

En examinant les pieds d'un malade ayant une gampsodactylie, on trouve que les premières phalanges sont en hyperextension sur leurs métatarsiens; les deuxièmes et troisièmes phalanges sont tantôt étendues, tantôt fléchies. Les tendons des extenseurs étant rétractés font une saillie visible et palpable sous la peau, saillie qui devient encore plus appréciable quand on cherche à fléchir l'orteil. Quelquefois le tendon est tellement rétracté que la flexion est impossible. Les articulations des phalanges sont saines. Les orteils étant dans une position anormale, la chaussure frotte et provoque des cors au niveau des articulations interphalangiennes. Quand le malade est debout et si la rétraction n'est pas très prononcée, les orteils touchent le sol et on ne voit rien de particulier; mais à un degré plus avancé de l'affection, les orteils ne portent plus, le malade est obligé de marcher en s'appuyant sur les têtes de ses métatarsiens, ce qui provoque des douleurs insupportables.

Cette déformation atteint souvent tous les orteils des deux pieds; dans d'autres cas, ce sont les orteils

du milieu ; dans d'autres enfin, ce sont les quatrièmes et cinquièmes orteils qui sont recourbés.

Assez souvent, on voit le gros orteil prendre cette attitude particulière. Dans la plupart des cas, la gampso-dactylie est symétrique des deux côtés ; il y a néanmoins des observations, où un seul pied était déformé.

DIAGNOSTIC

Dans bien des observations la gampsodactylie a été confondue avec le martellement des orteils, pourtant ce sont deux affections différentes.

La gampsodactylie est dans la plupart des cas bilatérale et atteint surtout les orteils du milieu, plusieurs, sinon tous à la fois.

Le gros orteil présente souvent cette déformation produite par la rétraction du tendon de l'extenseur propre ; il n'est jamais atteint de martellement.

Le martellement atteint, d'après MM. Tillaux (1) et Blum, *exclusivement* le deuxième et le troisième orteils.

Ce dernier auteur fait une différence entre ces deux affections : « La déformation (l'orteil en marteau), n'est pas maintenue par la rétraction des tendons extenseurs, qui permet tous les mouvements de l'articulation, les os sont fixés dans leur situation anormale par les tissus périarticulaires.

En effet, dans la gampsodactylie on peut fléchir et étendre les orteils, plus ou moins ; ni les tissus périarticulaires, ni les surfaces articulaires ne présen-

(1) Tillaux, Traité de Chir. clin. II, p. 919.

tent rien d'anormal ; il n'y a pas d'ankylose, ni luxation.

Dans la gampsodactylie, les tendons extenseurs étant rétractés soulèvent toujours la peau.

Dans le martellement, les tendons extenseurs font quelquefois, mais pas toujours, une saillie sous la peau (1).

Dans l'un et l'autre cas, il y a des cors ; mais dans l'orteil en marteau, il se forme sous le cor une bourse séreuse, qui s'enflamme et suppure facilement ; ce qui ne se voit guère dans la rétraction.

L'effet de la ténotomie peut aussi différencier les deux affections : dans les cas de gampsodactylie, la section du tendon extenseur suffit pour rendre à l'orteil son attitude normale ; tandis qu'elle ne fait rien en cas de martellement de l'orteil.

(1) Cohen, Thèse de Paris, 1888, p. 51.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

La gampsodactylie peut être congénitale ou acquise.

Quand elle est congénitale, elle est souvent associée à d'autres difformités du pied : au pied-bot, à la polydactylie, etc.

Les orteils peuvent être déviés par les adhérences tendineuses ou par des cicatrices vicieuses, suites d'ulcères et des brûlures, mais dans le cas qui nous intéresse, on ne voit pas d'adhérences, ni cicatrices ; l'attitude vicieuse paraît être due à une rétraction ou brièveté des tendons extenseurs.

A quoi est due cette rétraction ?

Le problème d'étiologie est difficile à résoudre ; généralement, on ne s'inquiète guère de la conformation de ses orteils, et les malades eux-mêmes ne savent à quelle époque ils doivent faire remonter leur mal, ni à quelle cause ils doivent l'attribuer.

Les quelques auteurs qui se prononcent sur l'origine de cette affection sont d'avis peu concordant.

Roche et Sanson disent que ces déviations peuvent avoir pour cause : le rhumatisme, une inflammation chronique ou une affection des nerfs.

Pour Duchenne (de Boulogne), l'affection qu'il

décrit sous le nom de « griffe-pied creux », est produite par une action exagérée et continue des extenseurs, consécutivement à la faiblesse ou à la paralysie de leurs antagonistes (muscles interosseux, abducteur et adducteur et court fléchisseur du gros orteil).

Pour M. Lancereaux, l'orteil dévié est une manifestation de l'Herpétisme.

Dans le cas de Nicoladoni, la rétraction des orteils est consécutive au rhumatisme.

M. Kirmisson dit qu'elle peut être consécutive à la paralysie infantile.

M. Brissaud a bien voulu nous dire que le redressement des orteils est dû à une brièveté des tendons extenseurs non compensée par une brièveté correspondante des antagonistes ; que cette brièveté n'est pas due à un processus de sclérose, mais plutôt à une anomalie du développement.

Pour bien comprendre par quel mécanisme le raccourcissement des tendons extenseurs des orteils produit l'attitude vicieuse que nous décrivons, nous croyons nécessaire de rappeler la physiologie des mouvements d'extension des orteils d'après Duchenne (de Boulogne).

Si l'on provoque la contraction de l'extenseur commun des orteils, au moment où le pied, ne reposant pas sur le sol se trouve dans l'attitude du repos musculaire, les quatre derniers orteils s'étendent d'abord en masse sur leurs métatarsiens. Ensuite, lorsqu'à une plus forte contraction de ce muscle le pied est arrivé à un certain degré de flexion sur la jambe,

les deux dernières phalanges s'infléchissent sur les premières qui s'étendent encore davantage.

De même pour le muscle extenseur propre du gros orteil : sa faradisation produit l'extension de la première phalange et la flexion de la seconde (1).

Ce mécanisme explique l'attitude particulière des orteils qui nous occupe : les tendons extenseurs étant rétractés, leur action physiologique est dépassée et la première phalange se met en hyperextension sur le métatarse ; si la contraction des extenseurs est assez prononcée, la seconde phalange s'infléchit.

Nous croyons que cette déviation des orteils est produite par la rétraction du muscle extenseur commun des orteils et l'extenseur propre du gros orteil, et non par celle du pédieux, car, d'après Duchenne, l'extension des premières phalanges par l'extenseur commun et par l'extenseur propre du gros orteil se fait directement, tandis que par le pédieux, elle a lieu obliquement en dehors et d'autant plus fortement que le tendon est plus interne (2).

Quelle est la cause première qui produit cette attitude vicieuse des orteils ?

Serait-ce dû exclusivement à une cause mécanique comme le croit M. le professeur Tillaux pour l'orteil en marteau ?

Aurait-elle pour origine une lésion primitive du tendon, un processus scléreux ou une lésion nerveuse ?

(1) Physiologie des mouvem., par Duchenne (de Boulogne) §§ 482, 484.

(2) Duchenne (de Boulogne). Phys. de mouv. § 485.

Serait-ce une brièveté des tendons, due à une anomalie du développement, comme le pense M. Brissaud ?

Nous ne pourrions pas trancher la question.

Tout ce que nous pouvons dire, c'est que, parmi les observations que nous avons recueillies, il y en a quelques unes, où la déviation apparaît après un rhumatisme, il y en a d'autres, où elles survient chez des malades atteints d'une maladie nerveuse ; il y en a d'autres enfin, où on ne relève pas de cause appréciable et où la rétraction paraît être congénitale.

PRONOSTIC

Le pronostic de la gampsodactylie n'est pas très grave.

Quand la rétraction n'est pas très prononcée, les malades n'en souffrent pas, ils ne s'en aperçoivent même pas. Mais, si les tendons deviennent beaucoup trop courts, les malades ne peuvent plus imprimer des mouvements de flexion à leurs orteils, qui restent toujours redressés et ne touchent plus le sol. Les malades marchent alors en s'appuyant sur les têtes des métatarsiens, le tissu fibro-adipeux qui se trouve à ce niveau se raréfie, les os touchent le sol presque à nu, ils s'en suit, comme dans le cas de Nélaton, rapporté par Duchenne (de Boulogne) ou de Nicoladoni des douleurs insupportables, l'impossibilité de fournir une marche un peu longue.

Les orteils ayant une attitude anormale, les malades ne peuvent plus trouver de chaussures qui leur conviennent; l'empêgne presse toujours sur les articulations interphalangiennes, et il se forme des cors à ce niveau; ces cors sont encore une cause de souffrance pour ces malades.

TRAITEMENT

Le traitement de la rétraction des orteils variait suivant l'opinion qu'on se faisait sur la cause de l'affection. Duchenne (de Boulogne) qui la croyait être due à une paralysie ou à une faiblesse des muscles antagonistes des extenseurs, employait l'électricité, faradisait les interosseux et les muscles qui aboutissent aux os sésamoïdes du gros orteil.

M. Lancereaux, considérant les déviations des orteils comme une manifestation de l'herpétisme, propose de les traiter par l'iodure de potassium.

Le salicylate de lithine employé par M. Oulmont aurait amélioré un malade.

Le massage a été préconisé.

Trélat, dans deux cas où plusieurs orteils étaient en griffe, s'en est servi en même temps que d'un appareil à extension et remplacement des souliers à talons bas et à pointe effilée que portaient les malades par d'autres à talons de hauteur moyenne, à bouts légèrement arrondis. Mais l'extension continue à l'aide de bandellettes est longue et douloureuse.

Il y a un moyen bien plus rapide et plus commode de guérir ces affections, c'est la ténotomie.

La ténotomie date de la fin du dernier siècle. Elle

fut pratiquée pour la première fois, en 1784, par le chirurgien Lorenz, en Allemagne; en 1812, par Sartorius, dans le duché de Nassau; en 1816, par Delpech; en 1822, par Dupuytren. Restée dans l'oubli durant plusieurs années, elle fut reprise par Stromeyer en 1831, et depuis, elle est devenue une des opérations les plus communes.

Pour l'affection qui nous intéresse, la ténotomie fut faite pour la première fois par Boyer, qui fit l'incision à ciel ouvert du tendon extenseur, mais à la suite de l'insuccès de l'opération, il eut recours à l'excision d'une partie du tendon extenseur. Boyer fit ensuite de l'extension de l'orteil.

Mais pour Jarjavay le succès de l'opération de Boyer est dû plutôt à l'extension consécutive à l'opération qu'à l'excision du tendon. Jarjavay était pour la simple ténotomie, comme l'indique ces lignes de son *Anatomie*, page 123 : « La section est avantageuse quand elle porte sur des tendons de muscles rétractés, la substance intermédiaire corrige le raccourcissement pathologique. »

Roche et Sanson disent qu'en cas de déviations des orteils dues à une rétraction tendineuse, il faut commencer par couper un seul tendon; quelque temps après, un autre, et ainsi de suite, pour éviter les accidents; il vaudrait mieux, pour ces auteurs, rejeter tout à fait la ténotomie, parce qu'on risque d'avoir une inflammation qui peut même menacer la vie du malade. Mais ces auteurs ont vécu avant l'antisepsie.

Maintenant, grâce à l'Asepsie à l'Antisepsie on peut

faire des opérations autrement graves qu'une ténotomy, et personne ne saurait reculer devant une petite incision sous-cutanée d'un tendon pour rendre à un malade la possibilité de se servir de ses pieds sans en souffrir.

Il suffit de faire une injection de cocaïne à 1/100, pour anesthésier l'endroit par où va pénétrer le ténotomy, d'introduire cet instrument et de couper tous les tendons qui sont rétractés.

On sent aussitôt qu'un écartement se fait, les orteils reprennent leur attitude normale. Pour que le tendon qui va se former entre les deux bouts du tendon coupé soit suffisamment long pour permettre à l'orteil de garder sa position naturelle, on fait de l'extension à l'aide d'une petite attelle, qu'on attache à la face plantaire des orteils. Quinze ou vingt jours après, le tendon s'est réformé, les orteils acquièrent tous les mouvements, les cors qui étaient au niveau des articulations interphalangiennes disparaissent et le malade peut se servir de son pied devenu normal.

Nous ne croyons pas utile la résection d'une partie du tendon extenseur, comme l'a fait Boyer. Le tendon est retractoré; il est trop court; si l'on en reséquait encore une partie, il serait plus raccourci; il faudrait plus de temps pour que le tendon intermédiaire de deux bouts sectionnés se réforme. Le malade serait obligé de garder plus longtemps le lit.

Cette méthode présente donc des inconvénients sans donner des avantages.

Il faut donc dans les cas de gampsodactylie inter-

venir par la ténatomie simple sous-cutanée des extenseurs, qu'on fera suivre d'une application d'une attelle enveloppée d'ouate qui prendrait toute la partie antérieure du pied et retiendra les orteils dans une attitude rectiligne.

OBSERVATION I. (Personnelle) (1)

Muller Ch., âgé de 22 ans, journalier.

Le malade entre dans le service de M. Reclus, à la Pitié, pour un corps étranger du genou, dont il souffre depuis deux mois. En examinant le malade nous constatons la rétraction des orteils des deux pieds, plus prononcée du côté droit.

Au pied droit, la rétraction est surtout prononcée aux premiers trois orteils.

Au pied gauche, c'est surtout le 2^e, 3^e et 4^e orteils qui sont atteints.

La première phalange des orteils est en hyperextension sur le métatarsien correspondant, les deux autres phalanges sont légèrement fléchies.

Les tendons extenseurs soulèvent la peau même quand le pied est au repos, le malade étant couché; ils deviennent beaucoup plus tendus quand on essaie de fléchir les orteils.

Les 2^e, 3^e et 4^e orteils de chaque pied présentent des cors au niveau des articulations interphalangiennes; ces cors sont dus à la pression constante de l'empêche de la chaussure sur des parties saillantes consécutivement à une position vicieuse des orteils.

Les articulations sont saines.

(1) Voir la fig.

Le malade n'est pas rhumatisant.

Il est alcoolique.

Pour débarrasser le malade de ses cors et de la difformité de ses pieds, M. Reclus fait une ténotomie.

Après avoir fait une injection de cocaïne à 1/100 au niveau des têtes du métatase, M. Reclus introduisit un ténotome et coupa les tendons de l'extenseur propre du gros orteil et de l'extenseur commun des orteils des deux côtés. Il y eut aussitôt un écartement de deux centimètres environ et les orteils reprirent leur attitude normale. On mit une attelle à la face plantaire du pied, on y fixa les orteils.

Huit jours après, on défit le pansement ; les orteils gardent leur attitude normale ; les tendons extenseurs ne font plus saillie sous la peau ; les cors sont en train de disparaître.

OBSERVATION II (Inédite)

Due à l'obligeance de M. Reclus

Un jeune homme de 20 ans présente une rétraction portant sur tous les orteils des deux côtés, mais surtout marquée au niveau des gros orteils.

La marche en était devenue très difficile. Aussi sur la demande expresse des parents, M. Reclus se décide d'intervenir et fait, en 1893, sous l'anesthésie cocaïnique la section sous-cutanée des tendons extenseurs.

Le résultat est excellent. Le malade marche depuis sans difficulté aucune.

OBSERVATION III (Inédite)

Due à l'obligeance de M. Reclus

Une jeune Roumaine de 17 ans, dans une pension de Fontainebleau en 1893, présente une rétraction très considérable des

4^{es} et 5^{es} orteils des deux pieds. Des cors se sont développés sur la peau aux points correspondants aux articulations des phalanges, et la marche n'est devenue possible qu'avec des chaussures de Strasbourg.

On ne trouve aucune raison pour expliquer cette gampso-dactylie.

La malade demande une intervention; la ténotomie sous-cutanée est pratiquée sous l'anesthésie cocaïnique.

La cicatrisation des tendons se fait dans des limites ordinaires, et au bout d'un mois, la jeune fille fait de longues promenades à pied au bois.

OBSERVATION IV (Personnelle)

Bazin P., âgé de 27 ans, coupeur en chaussures.

Est soigné dans le service de M. Brissaud pour atrophie progressive consécutive à une paralysie infantile.

Le pied droit est fortement cambré.

Tous les orteils, surtout les gros orteils des deux côtés ont leur première phalange en hyperextension sur le métatase,

Les tendons des extenseurs, surtout celui de l'extenseur propre du gros orteil, soulèvent fortement la peau.

Le malade dit avoir eu toujours cette attitude des orteils; il n'en souffre pas.

Les articulations interphalangiennes sont saines.

OBSERVATION V (Personnelle)

Guérin A., âgé de 22 ans, peintre en bâtiments, est saturnin et vient se soigner pour une hémoptysie dans le service de M. Brissaud.

Le pied droit est fortement cambré.

Les 1^{ers}, 2^{es} et 3^{es} orteils, surtout du côté droit, sont en hyper-

extension ; ils se laissent fléchir, mais reprennent aussitôt après leur attitude primitive.

Le malade a des troubles trophiques des ongles.

Les articulations sont normales.

OBSERVATION VI (Personnelle)

Routier J., âgé de 43 ans, journalier.

Est soigné par M. Brissaud pour des vertiges neurasthéniques.

Les orteils du milieu sont en hyperextension, également des deux côtés.

Il les a toujours eus ainsi.

Les tendons des extenseurs étant trop tendus, la flexion complète des orteils est impossible.

Les articulations des phalanges sont saines.

OBSERVATION VII (Personnelle)

Durand, âgé de 45 ans, chaudronnier.

A une coxalgie du côté gauche. Il présente les gros orteils retractés ; les tendons de l'extenseur propre font saillie.

OBSERVATION VIII (Personnelle.)

Prongue Cath., 64 ans, ménagère.

Entre à l'hôpital dans le service de M. Reclus, pour des ulcères variqueux, des deux jambes.

La malade a du rhumatisme noueux ; ses mains sont toutes déformées.

Le pied gauche présente la rétraction de tous les orteils : la première phalange est en hyperextension très prononcée sur le métatarse. La 2^e phalange est fléchie sur la première presque à

angle droit. Le tendon, surtout de l'extenseur propre du gros orteil, fait saillie.

Il n'y a pas de cors. Les articulations sont saines; mais la flexion des orteils n'est pas possible, et est douloureuse.

Le pied droit est moins déformé; il n'y a que les 4^e et 5^e orteils qui sont rétractés.

Quand la malade est debout, les orteils rétractés ne portent pas sur le sol.

La malade affirme que ses pieds ne sont déformés que depuis deux ans.

OBSERVATION IX (Personnelle.)

Bertonnière Em., âgé de 35 ans, employé.

Entre dans le service de M. Faisans à la Pitié, pour du rhumatisme subaigu.

Des deux côtés tous les orteils, surtout les gros orteils, présentent leur première phalange fortement étendue sur le métatarse; les tendons extenseurs font saillie au-dessous de la peau.

Les articulations des phalanges sont intactes.

Il n'y a pas de troubles trophiques aux pieds.

Le malade est très nerveux; mais il ne souffre pas de sa rétraction des orteils.

OBSERVATION X (Personnelle),

Fargel M., âgée de 28 ans, lingère.

Est soignée dans le service de M. Brissaud à Saint-Antoine, pour une syringomyelie.

Ses pieds présentent une cambrure assez notable avec tassement antéro-postérieur.

Tous les orteils sont en extension forcée sur le métatarse, surtout les gros orteils, et c'est principalement les tendons de

l'extenseur propre du gros orteil qu'on sent fortement tendus sous la peau.

OBSERVATION XI (Personnelle).

Lafond, âgé de 34 ans, charbonnier.

Entre à l'hôpital, dans le service de M. Faisans, pour une insuffisance mitrale consécutive au rhumatisme. Le malade est très nerveux.

En examinant ses pieds on voit que le 4^e et le 5^e orteils surtout du côté droit sont rétractés; les tendons sont tendus sous la peau.

La rétraction, d'après le dire du malade, est venue petit à petit.

OBSERVATION XII (Personnelle).

Saintard, âgé de 59 ans, cuisinier.

Soigné dans le service de M. Faisans, pour un mal de Bright, a eu du rhumatisme étant jeune.

Présente de l'hyperextension de la première phalange du 4^e et du 5^e orteil du côté gauche. Les tendons font saillie.

Le malade a des cors et des troubles trophiques des ongles.

Les articulations des orteils sont saines.

OBSERVATION XIII (Personnelle).

Colacuhou, âgé de 39 ans, terrassier

Présente une déviation symétrique des orteils des deux pieds.

Les gros orteils sont déviés en dehors.

Les quatre derniers orteils sont redressés, la première phalange est en extension forcée. Les tendons extenseurs font saillie sous la peau.

Il y a des cors au niveau des articulations interphalangiennes ; celles-ci sont intactes.

Le malade n'en souffre pas.

OBSERVATION XIV (Personnelle).

Gervais, 50 ans, cordonnier, est soigné à la Pitié, par M. Faisans, pour la tuberculose pulmonaire et l'artério-sclérose.

Le malade a eu les pieds gelés.

La première phalange des quatre derniers orteils des deux pieds sont en hyperextension sur le métatarse. On voit les tendons extenseurs se tendre fortement quand on essaie de fléchir les orteils et d'arrêter le mouvement de flexion.

Les articulations des orteils sont saines.

OBRERVATION XV (Personnelle).

Gaumy, âgée de 83 ans.

Entre à la salle Lorrain, service de M. Faisans, pour une parésie du côté droit du corps.

Elle présente la rétraction des 4^{es} et 5^{es} orteils des deux pieds, plus prononcée à droite.

N'a jamais eu de rhumatisme.

OBSERVATION XVI (Personnelle).

Baty, âgée de 20 ans, couturière.

Présente son cinquième orteil, surtout à gauche, en hyperextension sur le métatarse. Les deuxième et troisième phalanges sont fléchies. Les articulations sont normales.

Elle n'est pas rhumatisante.

OBSERVATION XVII (Personnelle).

Lemarié, âgée de 29 ans, couturière.

Est soignée dans le service de M. Brissaud à Saint-Antoine, pour une chorée chronique.

Elle présente une cambrure du pied droit et les cinq orteils en extension forcée. Les articulations sont intactes.

OBSERVATION XVIII (Personnelle).

Merminet, âgée de 18 ans, infirmière.

Est à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Brissaud, atteinte de la maladie de Basedow.

Les gros orteils des deux pieds sont fortement étendus sur le métatarse; les tendons de l'extenseur propre du gros orteil font une saillie visible au dessous de la peau.

Les articulations sont saines.

OBSERVATION XIX (personnelle).

Dumas H..., âgé de 19 ans, maçon.

A des pieds déformés.

Les gros orteils sont déviés en dehors et soulèvent les deuxièmes orteils. Tous les autres orteils sont relevés par la rétraction des extenseurs dont les tendons font saillie sous la peau. On constate des troubles trophiques des ongles. Le malade présente un oignon au niveau de l'articulation métatarso-phalangiennes du gros orteil et des cors au niveau des articulations interphalangiennes des 2^e et 3^e orteils de deux côtés. Les articulations sont saines. Le malade n'en souffre pas; n'a jamais eu de douleurs rhumatismales.

OBSERVATION XX (personnelle).

Terrisse, âgé de 30 ans, terrassier.

Présente une atrophie congénitale du côté droit; le bras droit et la jambe droite sont sensiblement moins volumineux que ceux du côté gauche.

Les deux pieds ne sont pas pareils : le pied gauche est normal, tandis que le pied droit, plus petit, présente une cambrure notable. Les trois derniers orteils sont en hyperextension. Les tendons des extenseurs soulèvent la peau : ils se tendent fortement, quand on cherche à fléchir les orteils, et empêchent leur flexion complète.

Les articulations des orteils sont intactes. On ne constate pas de troubles sensitifs aux pieds. Le malade se dit nerveux, irritable, pleurant facilement.

OBSERVATION XVI (personnelle).

Brechet H..., âgé de 41 ans, garçon de caté, entre au service de M. Reclus pour une ostéite tuberculeuse de la main.

Il est tuberculeux des deux poumons. Son père était rhumatisant et lui-même il a des douleurs rhumatismales depuis cinq mois. Il présente des signes d'alcoolisme.

A l'examen de ses pieds, on constate que les quatre derniers orteils des deux côtés sont en hyperextension ; la seconde phalange du quatrième et cinquième orteils est fléchie. Les tendons des muscles extenseurs des orteils font saillie sous la peau ; les tendons deviennent plus saillants quand le malade cherche à fléchir ses orteils et empêchent la flexion complète.

Le malade se rappelle avoir eu toujours les orteils pareils.

On ne constate pas de troubles sensitifs ni trophiques. Les articulations interphalangiennes paraissent intactes.

OBSERVATION XXII (personnelle).

Kraube C., âgée de 53 ans, journalière. Entre à la salle Gerdy, service de M. Reclus, pour un ulcère variqueux.

Les orteils du pied gauche sont rétractés ; la rétraction est due à une brûlure ancienne, dont on voit une cicatrice à la racine des orteils.

Le pied droit n'a pas été brûlé et tout de même la première phalange des orteils est en hyperextension sur le métatarse. Les orteils ne se laissent pas fléchir complètement.

Les articulations des phalanges sont intactes. La malade attribue sa rétraction des orteils à l'ulcère variqueux qu'elle a depuis quatre ans.

OBSERVATION XXIII (personnelle).

Palazy, 56 ans, cocher.

Amputé de la jambe gauche à la suite d'une gangrène. Du côté droit, un pied équin varus. Tous les orteils présentent la première phalange fortement étendue sur le métatarse. La flexion est impossible. Le deuxième orteil est le moins atteint. Le malade n'en souffre pas, il marche bien. Dit avoir eu le pied toujours comme ça.

OBSERVATION XXIV (personnelle).

Croizet P., âgé de 68 ans, scieur de long. Entre dans le service de M. Reclus, salle Broca, pour un ulcère variqueux.

Les pieds sont très déformés ; les lésions sont symétriques.

Les gros orteils sont déviés en dehors et présentent des oignons.

Les deuxièmes orteils sont en marteau ; la première phalange en hyperextension sur le métatarsien ; la deuxième fléchit à angle droit avec ankylose complète ; la troisième phalange normale. Les quatrième et cinquième orteils ont la première phalange redressée, en hyperextension avec des tendons extenseurs très tendus ; la troisième phalange est fléchie. Les articulations interphalangiennes des quatrième et cinquième orteils sont saines. Les orteils ne peuvent pas être fléchis.

Quand le malade est debout, les orteils ne touchent pas le sol ;

le malade marche sur les têtes de ses métatarsiens, ce qui le fait beaucoup souffrir.

Le malade dit avoir eu les troisième et quatrième orteils toujours rétractés ; les lésions de deuxième orteils (en marteau) ne datent que de 10 ans. Le malade a eu du rhumatisme articulaire aigu ; il a maintenant des artères dures, des varices, un ulcère variqueux et des troubles trophiques des ongles.

OBSERVATION XXV (personnelle).

Jolly, âgé de 26 ans, palefrenier. Entre à la Pitié, dans le service de M. Reclus, pour une entorse du pied gauche.

Les deux pieds sont déformés. Il existe à la racine des orteils un méplat.

La première phalange de tous les orteils est en hyperextension sur le métatarse.

Les tendons extenseurs soulèvent fortement la peau et arrêtent le mouvement de flexion des orteils. Les orteils étant redressés, les articulations interphalangiennes subissent le frottement constant de la chaussure ; il s'ensuit des cors au niveau de ces articulations ; celles-ci sont normales et permettent tous les mouvements. La déformation est symétrique. Le malade dit que son père avait des pieds ayant absolument la même forme. Il n'a jamais eu de rhumatisme, ne souffre pas de ses pieds et n'est pas gêné pour marcher.

OBSERVATION XXVI (Personnelle).

Dutreux, âgé de 50 ans, employé, vient à la Pitié consulter M. Reclus pour des douleurs des pieds.

Les pieds présentent une déformation symétrique.

Le 2^e orteil du côté droit est en marteau : 1^{re} phalange en hyperextension sur le métatarsien, la 2^e fléchie à angle droit,

immobile, ankylosée. Tous les autres orteils sont redressés : la 1^{re} phalange est en hyperextension, les autres légèrement fléchies ; les phalanges sont mobiles, pas trace d'ankylose, se laissent étendre et fléchir : mais on est arrêté dans le mouvement de flexion par la tension exagérée des tendons extenseurs ; par suite de cette rétraction, les 4^e et 5^e orteils ne portent pas sur le sol ; ils sont plus rétractés que les autres et forment un sillon au niveau de l'articulation phalango-métatarsienne.

À la racine des autres orteils il y a une sorte de méplat.

Le malade n'est pas gêné pour marcher, mais il se fatigue et souffre beaucoup, surtout du pied droit.

Le malade affirme qu'il n'avait pas toujours les pieds ainsi déformés ; que ses orteils ont pris cette forme anormale à la suite des douleurs rhumatismales qu'il avait eues à plusieurs reprises à partir de l'âge de 17 ans.

OBSERVATION XXVII (Personnelle)

Giadelain J., âgé de 35 ans, garçon de magasin.

Entre dans le service de M. Reclus pour un hématome de la bourse prérotulienne.

Le pied droit est fortement cambré.

Les orteils des deux pieds sont redressés ; la première phalange est en hyperextension sur le métatarse.

Les orteils se laissent fléchir, mais aussitôt lâchés ils reprennent leur position anormale. Les articulations des orteils sont saines.

Les tendons extenseurs font saillie sous la peau, surtout prononcé au gros orteil.

Le pied présente des cors et des troubles trophiques des ongles.

Le malade dit d'avoir eu toujours le pied ainsi conformé. Il n'en souffre pas.

Il a été soigné à l'Hôtel-Dieu pour du rhumatisme articulaire.

Le malade est très nerveux, a des crises des tremblements, ne perd pas connaissance.

OBSERVATION XXVIII

(Extrait de *The malformations of the fingers and toes* par
Annandale

Une petite fille de 10 ans présente une rétraction des tendons extenseurs des gros orteils des deux pieds. Les gros orteils sont tirés en arrière, il y a hyperextension de la première phalange ; la seconde est fléchie ; de sorte que le pied ne peut être posé à plat.

Les parents ont remarqué cette déformation dès la première enfance, mais avaient attendu que la déformation eût augmenté pour demander l'intervention du chirurgien.

Les tendons de l'extenseur propre du gros orteil furent sectionnés aux deux pieds et un appareil en gutta-percha fut appliqué à la face plantaire des orteils pendant plusieurs semaines après l'opération.

OBSERVATION XXIX de M. Kirmisson.

In Bulletin de la Société de Chirurgie, 1893.

Une jeune fille de 13 ans présentait une hyperextension des petits orteils.

La déformation était symétrique aux deux pieds. Le petit orteil était en hyperextension, en même temps qu'il était déjeté en dedans et chevauchait sur le 4^e orteil.

Le tendon retracté faisait une saillie manifeste au-dessous des téguments.

Il a suffi de pratiquer la section sous-cutanée du tendon extenseur de l'orteil pour obtenir son redressement.

OBSERVATION XXX de M. Blum.

In Chirurgie du pied, p. 96.

Garçon de 19 ans, à la suite d'une fatigue et d'un séjour dans l'eau, vit survenir une rétraction des extenseurs de tous les orteils, excepté le premier.

Les phalanges étaient étendues sur les métatarsiens correspondants. Les phalanges et les phalangettes ne présentaient rien d'anormal. La flexion des orteils provoquait des douleurs vives et n'était possible qu'en surmontant la résistance assez forte qu'opposait le muscle extenseur commun des orteils qui faisait saillie sous la peau.

OBSERVATION XXXI

Empruntée au *Traité des maladies chirurgicales* de Boyer, t. III.

Garçon de 18 ans présentait la rétraction du 5^e orteil; le tendon extenseur faisait une saillie considérable sous la peau. Cette rétraction gênait le malade : il ne pouvait pas marcher. Boyer lui coupa le tendon extenseur en travers. L'opération n'a pas réussi; 6 mois après la rétraction s'est réformée de nouveau.

Boyer refit l'opération; mais cette fois-ci il ne fit pas une simple ténotomie sous-cutanée; il fit une incision à la peau, coupa le tendon et en enleva une partie. Après l'opération l'orteil fut mis et retenu dans une bonne position à l'aide d'un appareil.

La rétraction ne s'est pas réformée; le malade pouvait bien marcher.

OBSERVATION XXXII

(Empruntée à la thèse de M. Cohen, obs. VIII dite *Orteils arthritiques en marteau*.)

L... Jacques, âgé de 61 ans, menuisier, entré à l'hôpital pour un rhumatisme chronique.

Le malade dit avoir toujours eu ses orteils bien rectilignes ; il y a 18 mois qu'ils se sont déformés petit à petit, sans grandes douleurs.

Le 2^e orteil droit offre la déformation en Z assez marquée ; il y a hyperextension de la 1^{re} phalange sur le métatarsien, flexion de la seconde sur la première avec extension de la 3^e sur la 2^e.

Il n'y a pas d'ankylose complète ; l'orteil peut presque être ramené à la direction rectiligne.

Il y a un cor sur la saillie de l'articulation de la 1^{re} et la 2^e phalanges et un durillon sur l'extrémité antérieure de la 3^e phalange sur laquelle marche le malade.

Le 2^e orteil gauche est conformé comme celui du côté droit, avec des lésions moins accentuées ; mais il a de plus que lui la tendance de monter sur le pouce.

Tous les autres orteils, sauf le pouce, ont un peu la forme en Z.

Il y a des cors peu développés sur leurs articulations interphalangiennes, de l'épaississement de l'épiderme à leurs extrémités antérieures.

Les tendons extenseurs sont fortement saillants sur le dos du pied.

Les gros orteils sont un peu déviés en dehors.

Les ongles sont épaissis.

La gêne fonctionnelle est assez marquée ; le malade boîte et ne peut marcher sans douleur.

OBSERVATION XXXIII

(Empruntée à la thèse de M. Cohen, *il y a confusion de gampsodactylie avec orteils en marteau.*)

E... Jean, âgé de 63 ans, entre à l'hôpital pour une plaie de la main, à tous les orteils en marteau, sauf le pouce, des cors sur toutes les articulation des 1^{res} et 2^{es} phalanges.

La déformation n'est pas plus accusée sur les 2^{es} orteils que sur les autres.

Il y a hyperextension de la 1^{re} phalange; flexion de la 2^e et extension de la 3^e.

Pas de gêne fonctionnelle, sauf quelque douleur.

Le malade ne peut fixer la date du début de l'affection; mais il n'a pas toujours eu les pieds ainsi conformés.

OBSERVATION XXXIV

Empruntée à la *Physiologie des mouvements* de Duchenne (de Boulogne).

Un malade entré dans le service de Nélaton pour des douleurs siégeant à la plante du pied.

On constate, que les premières phalanges sont étendues au point d'être subluxées en arrière sur la tête du métatarse, tandis que les dernières phalanges sont infléchies sur les premières et forment ainsi la griffe.

La déformation atteint les deux pieds.

Duchenne (de Boulogne) a constaté (à l'aide de l'électricité) l'absence de muscles interosseux, adducteur et court fléchisseur du gros orteil.

Les orteils, étant relevés, ne touchaient plus le sol et le malade ne s'appuyait plus que sur les têtes de métatarsiens; les parties correspondantes de la plante du pied étaient douloureuses à la pression, surtout après une longue marche ou une station debout un peu prolongée.

Le malade souffrait depuis l'âge de 12 ans ; ça l'empêchait de travailler.

OBSERVATION XXXV

Prise par le Dr Rose et traduite de Med. Rec. 1874.

E. H..., âgé de 34 ans, domestique, présentait une arthrite déformante de toutes les articulations phalangiennes des deux pieds.

Le raccourcissement des tendons extenseurs produisait l'hyperextension des premières phalanges des orteils.

Les deux gros orteils étaient en abduction et les petits orteils en adduction.

Le malade a été opéré par le Dr Barnim-Scharlaw de New-York.

Ce chirurgien commença par la section sous-cutanée des tendons extenseurs de tous les orteils, excepté ceux de gros orteils. Puis il réséqua les têtes du premier et du cinquième métatarsiens.

Le malade est sorti guéri.

OBSERVATION XXXVI

Rapportée par le professeur Nicoladoni d'Innsbruck (*Wiener mediz. Wochenschrift*, 1881, page 1417).

Fillette âgée de 11 ans, présente le cinquième orteil du pied gauche retractoré ; la première phalange est en extension forcée sur le 5^e métatarsien ; les deux autres phalanges sont fléchies. Le tendon extenseur est très tendu, fait saillie sous la peau.

Cette déformation existait déjà à la naissance de l'enfant.

Le professeur Nicoladoni fait une ténotomie.

OBSERVATIONS XXXVII et XXXVIII

Du même auteur.

Deux frères, âgés de 9 ans et de 11 ans, présentent dès leur

naissance la rétraction du 5^e orteil, qui devient de plus en plus prononcée.

Voilà deux cas d'orteil en griffe congénital et héréditaire, peut-on dire, puisque les deux frères présentent la même déformation.

Malheureusement, le prof. Nicoladoni ne dit pas s'ils ont été opérés.

OBSERVATION XXXIX

Gampsodactylie d'origine rhumatismale. (Nicoladoni, in *Wienermediz. Wochenschrift*, 1881).

Un jardinier de 43 ans, se plaint des douleurs du pied droit dont il souffre depuis deux ans quand il a eu une attaque de rhumatisme.

Depuis deux mois, la douleur s'est localisée dans les articulations métatarso-phalangiennes et depuis ce temps, il a beaucoup de difficulté pour marcher.

Le malade a remarqué que ses orteils ont changé de position.

En examinant le pied malade, on trouve que tous les orteils sont en hypéréxtension sur le métatarse. Les tendons extenseurs sont fortement tendus et s'opposent à la flexion des orteils; à la plante du pied; les régions du premier et du cinquième orteil sont tuméfiées et on sent nettement les têtes métatarsiennes comme si elles n'étaient recouvertes que de la peau amincie.

Quand le malade essaye de marcher, les tendons extenseurs se tendent encore davantage et soulèvent fortement la peau. Les bouts des orteils se redressent encore plus et regardent en l'air au lieu de porter sur le sol, de sorte que le malade est obligé de s'appuyer sur les têtes des métatarsiens, c'est ce qui le fait horriblement souffrir.

La gampsodactylie existe aussi du côté gauche, mais moins prononcée.

Le professeur Nicoladoni dit que cette attitude vicieuse des orteils est due au rhumatisme et que le malade souffre d'autant

plus qu'en s'appuyant sur le métatarse il use la peau à ce niveau et les os touchent le sol presque à nu.

On coupe les tendons de l'extenseur commun ; on ne touche pas au m. pédieux qui n'est presque pas tendu ; les orteils s'écartent aussitôt. On fixe les orteils en flexion forcée.

Quand, quelques semaines après, on enlève le pansement, on trouve le bout des orteils au-dessous du niveau de la plante du pied.

On fait mettre au malade une bottine spéciale et il peut fournir une marche assez longue sans en avoir la moindre douleur.

OBSERVATION XL

Extraite d'une leçon de M. le professeur Tillaux (1).

Un homme âgé de 54 ans se plaint de ne pouvoir marcher ; il boîte et souffre quand il marche, mais dès qu'il est assis ou couché, il ne souffre plus. Il ne souffre que du pied droit. Il y a 13 ans que le début de l'affection a eu lieu. A cette époque il a eu une fracture de la jambe dont on sent le cal ; fracture oblique. A partir de l'accident la douleur a augmenté petit à petit.

Le pied droit offre une difformité qui se rapproche de celle qu'on désigne sous le nom d'orteil en marteau. Dans la marche il n'appuie pas sur l'avant-pied.

« Chez notre malade, dit M. Tillaux, je suis un peu embarrassé, car si son deuxième orteil présente un cas à peu près type d'orteil en marteau, il n'en est pas de même du troisième et du quatrième ; *il y a une courbure des orteils avec absence de subluxation* ; je n'en ai pas trouvé l'explication. »

M. Tillaux a fait la résection du deuxième orteil et l'amputation du troisième et du quatrième.

(1) Du martellement des orteils, leçon recueillie par le docteur Thiéry, chef de clinique, publiée dans l'*Union méd.* du 11 novembre 1893.

CONCLUSIONS

Il existe une déformation particulière du pied qui n'a pas été suffisamment décrite par les auteurs; dans les quelques observations que nous avons pu retrouver dans la littérature, elle a été confondue avec le martellement des orteils.

Nous l'appellerons *gampsodactylie*.

Cette déformation consiste en l'hyperextension de la première phalange des orteils sur le métatarse, les autres phalanges étant étendues ou fléchies.

Cette attitude vicieuse est due à la rétraction ou à la brièveté des tendons des muscles extenseurs communs des orteils et extenseurs propres des gros orteils. Les autres parties formant l'orteil, les articulations et le tissu périarticulaire ne présentent pas de lésions. Cette déformation est dans la plupart des cas symétrique.

Elle atteint surtout les orteils du milieu; le gros orteil est souvent pris.

Elle peut être congénitale ou acquise.

A un degré avancé, la déformation devient gê-

nante parce que les orteils ne portant plus sur le sol, le malade est obligé de marcher en s'appuyant sur son métatarse, ce qui est fatigant et provoque de fortes douleurs. Les malades souffrent aussi des cors qui se forment au niveau des articulations interphalangiennes.

On guérit ces malades par une ténotomie sous-cutanée des muscles extenseurs des orteils.

Vu : Le Président de la Thèse, Vu : Le Doyen,

TILLAUX.

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Adams*. — Sur quelques anomalies des doigts et des orteils chez les recrues. *The Lancet*, 1874.
- Annequin*. — Considérations sur le martellement des orteils et son traitement. *Dauphiné méd.*, février 1893.
- Annandale*. — The malformations of the fingers and toes. Edimburg, 1865.
- Betz*. — Ein Beitrag Zur Behandlung der Zehendeformationen. *Memorabilien Heilbr.* 1885, p. 334.
- Blum*. — Chirurgie du pied.
— Orteil en marteau. (*Arch. gén. de médecine*, novembre 1884).
- Boniface*. — De l'hallux valgus. Thèse de Paris, 1895.
- Boyer*. — Traité des maladies chirurgicales.
- Broca*. — Des difformités de la partie antérieure du pied produites par la chaussure. *Bull. de la Société anatomique*, 1852, p. 60-70; *ibid.* 118; *ibid.* 132.
— Bulletin de la Société de Chirurgie, 1893. Discussion sur le martellement des orteils et leur rétraction.
- Cohen*. — Orteil en marteau. Nouveau traitement. Thèse de Paris, 1887.
- Chassaignac*. — *Bull. de la Société de chirurgie*, 1852.
- Debassaux*. — De l'orteil en marteau vrai, apparent et simulé. *Recueil des mémoires de méd. milit.*, n° 197, 1880.
- Duchenne* (de Boulogne). — Electrisation localisée, 1865.
— Physiologie des mouvements, 1867.
— De la rétraction des orteils et de son traitement. *Bull. gén. de thérapeutique de Paris*, 1834, t. I. p. 84-89.
- Duplay et Reclus*. — Traité de chirurgie, t. VIII.
- Fort*. — Thèse d'agrégation, 1869.
- Fano*. — Des difformités des orteils. *Bull. de la Soc. de chir. Paris*, 1854-1855, p. 243-245.

Friedlowsky. — Verkrummerrung der Mittelzehe, bedungen durch Zweckwürdige Beschuhung, Allgemeine Wiener med Zeitung, 1868, p. 163.

Guiott. — Thèse de Paris, 1890.

Gulthrie. — De l'orteil douloureux. The lancet, 1892.

Jarjavay. — Traité d'anatomie chirurgicale, 1854.

Jaccoud. — Dictionnaire. Articles Orthopédie. Pied.

Laforest. — L'art de soigner les pieds, 1782.

Lancereau. — Anatomie pathol, t. III.

Legé. — Essai sur les difformités des orteils. Thèse de Paris, 1869.

Malgaigne. — Revue médico-chirurgicale, 1852.

Mellet. — Thèse de Paris, 1873.

Mirabel. — Thèse de Paris, 1873.

Monglond. — Thèse de Paris, 1876.

Nélaton. — Eléments de pathologie chirurgicale, 1884, t. VI.

— Gaz. des hôpitaux, 1855, p. 391.

Nicoladoni. — Ueber Zehencontracturen Wiener Med. Wochenschrift, 1881, p. 1417-1452.

Onimus. — Des déformations du pied et de la jambe. Revue de chirurgie, 1882.

Quevedo. — Thèse de Paris, 1894.

Richet. — Anatomie chirurgicale.

Roche, Sanson et Lenoir. — Nouveaux éléments de pathologie médico-chirurgicale, t. V.

Tillaux. — Traité d'anatomie topographique.

— Traité de chirurgie clinique.

— Du martellement des orteils. Union méd. 11 nov. 1893.

Velpeau. — Rétraction des tendons des orteils. Gaz. des hôpitaux, 1843.

Volkman. — Arch. Virchow, 1856, p. 297.

Windriff. — Thèse de Paris, 1840, 2^e question.



